

bvitg-Stellungnahme

zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung



Der Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V. bedankt sich für die Möglichkeit zur Kommentierung und nimmt wie folgt Stellung:

Allgemein

Die vorgeschlagenen Änderungen entlasten die Notfall- und Akutversorgung kurzfristig und volkswirtschaftlich effizient, indem sie die Einbindung bereits existierender, markterprobter Plattform-Lösungen der Privatwirtschaft über offene Schnittstellen an den Akutleistellen und Integrierten Leitstellen ermöglicht. Proprietäre Zugangs- und Überweisungswege, wie im ursprünglichen Referentenentwurf vorgesehen, verzögern den Wirkeintritt dringend benötigter Reformen und binden knappes Personal. Demgegenüber erlaubt die diskriminierungsfreie Nutzung funktional gleichwertiger und im Markt bereits weit verbreiteter Drittsysteme – insbesondere durch eine Freigabe der bislang den Terminservicestellen vorbehaltenen TSS-Vermittlungscodes – eine nahtlose Verbindung von Ersteinschätzung, Terminbuchung und Behandlung unabhängig vom Systembetreiber. Eine Öffnung des TSS-Code-Servers für Drittanbieter ermöglicht einen raschen Zugang zur Akutversorgung von Patientinnen und Patienten und sichert, durch die Voraussetzung der medizinischen Ersteinschätzung, eine Behandlung auf Basis von medizinischem Bedarf und knüpft diese nicht an die technische Herkunft des Zuweisungswegs. Für den Gesetzesentwurf sollte klargestellt werden, dass TSS-Codes – insbesondere, wenn sie über nicht von der KV betriebene Drittsysteme an Patientinnen und Patienten vermittelt werden – zwingend über eine zentrale Instanz validiert werden müssen. Hier sollte die KBV eine einheitliche, systemunabhängige Validierung aller ausgegebenen Tokens übernehmen und dabei weiterhin alleinige verantwortliche Stelle für die Verwaltung und Prüfung aller TSS-Codes bleiben. Sämtliche Abfragen würden damit ausschließlich über eine zentrale Schnittstelle erfolgen und Ressourcen an einer Stelle gebündelt. Entscheidend ist, dass keine dezentrale Struktur entsteht, in der Primärsystemanbieter zahlreiche KV- und Drittanbieter-Schnittstellen einzeln abfragen müssen, da dies zu erheblichen Mehraufwänden führen würde. Mittels dieser Öffnung können aufgrund der bereits etablierten Reichweite der privaten Terminplattformen sofort hunderttausende ambulante Akuttermine monatlich für Patientinnen und Patienten verfügbar gemacht werden. Im Ergebnis ist eine Freigabe der Überweisungs_codes für alle Anbieter damit nicht nur ressourcensparend und niedrigschwellig, sondern zielt besonders auf diejenigen Kohorten ab, bei denen bislang besonders viele medizinisch nicht notwendige Besuche in den Notaufnahmen verzeichnet werden.

Studien entsprechend suchen jährlich bis zu 19 Millionen Patientinnen und Patienten in Deutschland die Notaufnahmen auf. Von diesen sind 75-80% sogenannte "Walk-ins", also Personen, die ohne vorherige Einweisung selbst in die Notaufnahme kommen. Erhebungen zufolge könnten die Hälfte bis zwei Drittel davon ambulant behandelt werden, bei gut 50% liegt dazu noch keine medizinisch begründete Dringlichkeit für eine unmittelbare

Behandlung vor. Folglich können von diesen Notaufnahmenbesuchen – je nach Schätzung – zwischen 5 und 10 Millionen als vermeidbare Notfälle eingestuft werden, die eigentlich im ambulanten Akutbereich behandelt werden könnten.

In Umfragen geben über die Hälfte der als nicht dringlich eingestuften Patient:innen Zugangsbarrieren zur ambulanten Versorgung sowie die fehlende Verfügbarkeit von ambulanten Terminen als Grund für den Besuch der Notaufnahme an. Bereits heute können die Terminservicestellen nur bei rund 50 % der Anfragen von Patient:innen einen Termin vermitteln. So wurden 2024 2,7 Millionen Termin-Slots von Ärztinnen und Ärzten an die TSS gemeldet, von denen am Ende knapp 1,4 Millionen in realisierte Termine mündeten – bei einem jährlichen Aufkommen von ca. 1 Milliarde Arzt-Patienten-Kontakten. Vor diesem Hintergrund ist zu erwarten, dass die Einbindung der bereits heute weit verbreiteten privaten Terminplattformen sowohl Kapazitäten freisetzen als auch positive volkswirtschaftliche Effekte haben wird.

Letztlich entspricht eine Öffnung zu Drittsystemen den im Koalitionsvertrag gesteckten Zielen, die industrielle Gesundheitswirtschaft in Deutschland zu stärken.

Erfüllungsaufwand:

Der Erfüllungsaufwand wird im Wesentlichen durch Personalaufbau und zusätzliche Verhandlungsbürokratie innerhalb der zuständigen Selbstverwaltungen beschrieben. Tatsächlich werden auch auf der Digitalseite bedingt durch umfangreiche Neuentwicklungen (vor allem bei Software für Integrierte Notfallzentren, übergreifende Ressourcenplanung und Notfallsteuerung) zusätzliche Investitionen erforderlich.

§ 75 Abs. 1a SGB V – TSS/ALS, Sicherstellungsauftrag, Telemedizin, Evaluation

Gesetzesentwurf	Änderungsvorschlag
<p>Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe a Doppelbuchstabe ee; § 75 Abs. 1a, neuer Satz 17</p> <p>„Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die elektronischen Angebote nach Satz 16 bundesweit einheitlich zu nutzen und können darüber hinaus zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Satz 3 auch eigene digitale Angebote bereitstellen.“</p>	<p>§ 75 Absatz 1a wird wie folgt geändert:</p> <p>Ersetzung des Satzes 17 und Einfügung weiterer Sätze; Anpassung der nachfolgenden Buchstaben erforderlich:</p> <p>„Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die elektronischen Angebote nach Satz 16 bundesweit einheitlich zu nutzen und können darüber hinaus zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Satz 3 auch eigene digitale Angebote bereitstellen. Für die elektronische Vermittlung von Akutterminen sind</p>

	<p>das elektronische System nach § 370a Absatz 1 Satz 1 oder funktional gleichwertige Systeme zu nutzen. Primärsysteme der Leistungserbringer, wie von der Gesellschaft für Telematik definiert, insbesondere Praxisverwaltungssysteme und Krankenhausinformationssysteme, gelten nicht als funktional gleichwertige Systeme im Sinne des Satz 17. Die Hoheit über die zentrale Verwaltung und Validierung der TSS-Codes verbleibt vollständig bei der ausgebenden Stelle. Drittsysteme, die TSS-Codes abrufen oder weitervermitteln, müssen gesetzlich verpflichtet werden, die hierfür erforderlichen Informationen an das zentrale Repository der KBV zurückzumelden. Dadurch wird sichergestellt, dass ein Single Point of Information besteht, der sowohl die technische Konsistenz als auch die eindeutige Nachvollziehbarkeit der abrechnungsrelevanten TSS-Codes gewährleistet.</p> <p>Versicherte erhalten nach einer standardisierten Ersteinschätzung einen fallbezogenen Vermittlungscodes, der zur Buchung eines dem Einschätzungsergebnis entsprechenden Termins über in § 75 Absatz 1a Satz 17 genannte Systeme berechtigt. Zu diesem Zweck sind standardisierte, öffentlich dokumentierte Schnittstellen zur Validierung und Einlösung des Vermittlungscodes diskriminierungsfrei bereitzustellen; hierfür erhobene Entgelte müssen kostenorientiert sein und dürfen den Zugang nicht faktisch behindern.</p>
--	---

Begründung

Der Referentenentwurf verfolgt das Ziel, die Akutterminvermittlung bundesweit verlässlich und barrierefrei zu organisieren. Eine strikte Exklusivbindung an den von der KBV betriebenen eTS birgt jedoch die Gefahr, innovationsfördernde Marktmechanismen zu schwächen und – in wettbewerbsverzerrender Weise – schon auf dem Markt verfügbare funktional gleichwertige Lösungen ohne sachlichen Grund vom Zugang auszuschließen. Dies könnte auf Dauer zu geringerer Nutzerfreundlichkeit, verzögerten technischen Verbesserungen und

höheren volkswirtschaftlichen Folgekosten führen, weil ein Wettbewerb um die beste technische Umsetzung und den besten Service nicht ausreichend stattfindet. Die vorgeschlagene Öffnungsklausel adressiert diese Risiken ohne das Steuerungsziel des Gesetzgebers zu beeinträchtigen. Damit wird die inhaltliche Qualitätssicherung durch den Staat gewahrt, die technische Realisierung bleibt jedoch technologieneutral und wettbewerbsoffen.

Der Vermittlungscode überführt das Ergebnis der standardisierten Ersteinschätzung in eine priorisierte Terminbuchung unabhängig von der genutzten Vermittlungsplattform. Hierdurch werden Abbruchquoten gesenkt, Wartezeiten verkürzt und Kapazitäten in Leitstellen, integrierten Notfallzentren (INZ) und Notaufnahmen entlastet. Die normierte Pflicht zu standardisierten, öffentlich dokumentierten Schnittstellen und ein kostenorientiertes Entgeltregime gewährleisten einen diskriminierungsfreien Zugang von Dritten. Dadurch wird verhindert, dass faktische Barrieren (technischer oder finanzieller Art) zu einem indirekten Monopol führen. Gleichzeitig sorgt die Zuweisung von Aufgaben zur Spezifikationsbereitstellung an die Selbstverwaltung für klare Verantwortlichkeiten und eine verlässliche Governance. Insgesamt stärkt die Regelung den Patientennutzen (bessere Erreichbarkeit, nutzerfreundliche Buchungspfade), die administrative Effizienz (geringere Medienbrüche) und die Transformationsfähigkeit des Systems (schnellere Adaption neuer Standards) bei Beibehaltung der intendierten Einheitlichkeit der Akutsteuerung.

§ 75 Abs. 1b bis 1f SGB V – TSS/ALS, Sicherstellungsauftrag, Telemedizin, Evaluation

Gesetzesentwurf	Änderungsvorschlag
<p>Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe b; Neufassung § 75 Abs. 1b bis 1f</p> <p>„(1b) Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die 24 Stunden täglich verfügbare vertragsärztliche Versorgung in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Wird diese Versorgung im Notdienst erbracht (notdienstliche Akutversorgung), umfasst der Sicherstellungsauftrag nur die Versorgung im Umfang der jeweils unaufschiebbar erforderlichen Maßnahmen. Im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung kann auch die Feststellung und Erstbescheinigung einer</p>	<p>§ 75 Absatz 1b wird wie folgt geändert:</p> <p>(1b) Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die 24 Stunden täglich verfügbare vertragsärztliche Versorgung in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist, und die im Notdienst erbracht wird (notdienstliche Akutversorgung). Die notdienstliche Akutversorgung umfasst nur die Versorgung, die innerhalb von 24 Stunden ab standardisierter Ersteinschätzung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Im Rahmen der notdienstlichen Akutversorgung kann auch die Feststellung und Erstbescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit sowie die Verordnung von Arzneimitteln erfolgen. Nicht vom Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst</p>

<p>Arbeitsunfähigkeit sowie die Verordnung von Arzneimitteln erfolgen. Nicht vom Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst ist die notärztliche Versorgung im Rahmen der medizinischen Notfallrettung, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. [...]</p>	<p>ist die notärztliche Versorgung im Rahmen der medizinischen Notfallrettung,</p>
---	--

Begründung

Ohne eine gesetzlich verankerte Definition und Abgrenzung zwischen „notdienstlicher Akutversorgung“ und Regelversorgung drohen Kompetenzüberschneidungen sowie Fehlsteuerungen und Rechtsunsicherheit. Eine zu weit gefasste Auslegung könnte den erweiterten Sicherstellungsauftrag der KVen de facto auf Regelversorgungsleistungen ausdehnen, Doppelstrukturen schaffen und die Funktionsfähigkeit der gewachsenen Versorgungslandschaft beeinträchtigen. Die vorgeschlagene Legaldefinition begrenzt den erweiterten Sicherstellungsauftrag ausdrücklich auf echte Akutfälle, die durch eine standardisierte medizinische Ersteinschätzung als zeitnah behandlungsbedürftig identifiziert wurden.

§ 75 Abs. 1b SGB V – TSS/ALS, Sicherstellungsauftrag, Telemedizin, Evaluation

Gesetzesentwurf	Änderungsvorschlag
<p>Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe b; § 75 Abs. 1c: “(1c) Zur Vermittlung von Behandlungsterminen in Akutfällen und zur Wahrnehmung ihrer in Absatz 1b genannten Aufgaben betreibt jede Kassenärztliche Vereinigung eine Akutleitstelle, die 24 Stunden täglich unter der in Absatz 1a Satz 2 genannten bundesweit einheitlichen Rufnummer und über digitale Angebote erreichbar ist. [...] In geeigneten Fällen kann eine telefonische oder videounterstützte ärztliche Konsultation vermittelt werden. [...]”</p>	<p>Nach § 75 Absatz 1c Satz 5 werden die folgenden Sätze eingefügt, Anpassung der nachfolgenden Satzählung erforderlich: “(1c) Zur Vermittlung von Behandlungsterminen in Akutfällen und zur Wahrnehmung ihrer in Absatz 1b genannten Aufgaben betreibt jede Kassenärztliche Vereinigung eine Akutleitstelle, die 24 Stunden täglich unter der in Absatz 1a Satz 2 genannten bundesweit einheitlichen Rufnummer und über digitale Angebote erreichbar ist. [...] In geeigneten Fällen kann eine telefonische oder videounterstützte ärztliche Konsultation vermittelt werden, die die Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden nach § 365 Absatz 1 erfüllt.</p>

Begründung

Die flächendeckende Erreichbarkeit telefonischer und telemedizinischer Beratung ist eine zentrale Stellschraube, um Notaufnahmen und INZ von nicht dringlichen Fällen zu entlasten und Patientinnen und Patienten niedrigschwellig in passende Behandlungspfade zu lotsen. Zugleich variieren Bedarf, Demografie und Infrastruktur regional erheblich. Eine ausschließliche Eigenleistung durch die KVen begrenzt eine notwendige Skalierungsfähigkeit und kann zu Versorgungslücken führen. Die vorgeschlagene Fassung sichert, dass die KVen die Verantwortung behalten, eröffnet aber die Möglichkeit, zertifizierte Telemedizin-Anbieter diskriminierungsfrei einzubinden.

§ 123 Abs. 2 SGB V – Weitervermittlung nach Akutversorgung

Gesetzesentwurf	Änderungsvorschlag
<p>Artikel 1 Nummer 17, § 123 Abs. 2</p> <p>Wenn nach einer notdienstlichen Akutversorgung im Integrierten Notfallzentrum eine ambulante Weiterbehandlung erforderlich ist, bietet dieses den Patienten die Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer an.</p>	<p>§ 123 Abs. 2 wird wie folgt geändert:</p> <p>Wenn nach einer notdienstlichen Akutversorgung im Integrierten Notfallzentrum eine ambulante Weiterbehandlung erforderlich ist, bietet dieses den Patienten die Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer an. Das Integrierte Notfallzentrum kann dazu das elektronische System nach § 370a Absatz 1 Satz 1 oder funktional gleichwertige Systeme oder das eigene Patientenportal nutzen.</p>

Begründung

Das INZ soll Patientinnen und Patienten nach der Akutbehandlung nahtlos in die geeignete Weiterbehandlung überführen. Eine exklusive Beschränkung auf die TSS würde vorhandene digitale Patientenfunde (z. B. Krankenhaus-Patientenportale, praxisnahe Terminlösungen) unterbrechen und Medienbrüche begünstigen. Das erhöht Abbruchquoten, erschwert Nachverfolgung und schwächt Patientenzufriedenheit. Damit steigt die Chance unmittelbar im Anschluss an die Akutversorgung einen passenden Anschlusstermin zu sichern – unabhängig davon, ob dies über TSS oder ein gleichwertiges System geschieht. Die Regelung ist neutral gegenüber Trägerschaften und Technik, schützt aber das öffentliche Steuerungsinteresse

durch Interoperabilitäts- und Qualitätsanforderungen.

Die Öffnung knüpft an die in § 75 Abs. 1a vorgeschlagenen Anforderungen an.

Gesetzesentwurf	Änderungsvorschlag
<p>Artikel 1 Nummer 17; § 123 Abs. 2</p> <p>Für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, trifft die zentrale Ersteinschätzungsstelle eine Entscheidung über die Behandlungsdringlichkeit und über die geeignete Versorgungsebene innerhalb des Integrierten Notfallzentrums unter Berücksichtigung einer in Absatz 1 Satz 7 genannten Kooperation. [...] Wenn nach einer notdienstlichen Akutversorgung im Integrierten Notfallzentrum eine ambulante Weiterbehandlung erforderlich ist, bietet dieses den Patienten die Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer an. Hilfesuchende, die nachweisen, dass sie das Integrierte Notfallzentrum aufgrund einer telefonischen oder digitalen Vermittlung durch die Akutleitstelle aufsuchen, sind dort bei gleicher Behandlungsdringlichkeit grundsätzlich vorrangig zu behandeln.</p>	<p>§ 123 Absatz 2 wird wie folgt geändert:</p> <p>Für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, trifft die zentrale Ersteinschätzungsstelle eine Entscheidung über die Behandlungsdringlichkeit und über die geeignete Versorgungsebene innerhalb des Integrierten Notfallzentrums unter Berücksichtigung einer in Absatz 1 Satz 7 genannten Kooperation. [...] Wenn nach einer notdienstlichen Akutversorgung im Integrierten Notfallzentrum eine ambulante Weiterbehandlung erforderlich ist, bietet dieses den Patienten die Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer an. Das Integrierte Notfallzentrum kann dazu das elektronische System nach § 370a Absatz 1 Satz 1 oder funktional gleichwertige Systeme nutzen. Hilfesuchende, die nachweisen, dass sie das Integrierte Notfallzentrum aufgrund einer telefonischen oder digitalen Vermittlung durch die Akutleitstelle oder ein System nach Satz 7 aufsuchen, sind dort bei gleicher Behandlungsdringlichkeit grundsätzlich vorrangig zu behandeln.“</p>

Begründung

Vorrangregeln greifen tief in die Reihenfolge der Behandlung ein und müssen daher strikt am Versorgungszweck ausgerichtet sein. Eine Koppelung allein an den Betreiber des Zuweisungssystems (Akutleitstelle vs. andere) statt an die Qualität der Ersteinschätzung birgt das Risiko sachlich nicht gerechtfertigter Ungleichbehandlungen. Die vorgeschlagene Fassung

knüpft den Vorrang an die standardisierte Ersteinschätzung gemäß G-BA-Richtlinie. Damit wird sichergestellt, dass gleichermaßen dringliche Fälle unabhängig vom Zuweisungsweg gleichbehandelt werden. Dies stärkt die Akzeptanz der digitalen Lotsenfunktion, verhindert Umgehungseffekte und erhöht die Bereitschaft, hochwertige triagebasierte Verfahren auch außerhalb der Akutleitstellen einzusetzen. Gleichzeitig bleiben die Akutleitstellen und die Integrierten Leitstellen in ihrer koordinierenden Rolle unangetastet; Qualitätsstandards werden systemweit gehoben, nicht relativiert.

§ 123a Abs. 2 SGB V – Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

Ohne Zeitvorgabe bleibt die Festlegung einer interoperablen Schnittstelle in §123 a (2) durch die KBV im Einvernehmen mit der Koordinationsstelle für Interoperabilität im Gesundheitswesen (KIG). In der Vergangenheit haben diese Festlegungen oft ein bis zwei Jahre in Anspruch genommen, was an dieser Stelle sämtliche Zeitpläne sprengen würde.

Hier wäre es sinnvoll in einem ersten Schritt die sicheren Übertragungsverfahren der gematik (KIM, TIM) zu nutzen, um die neue Falldokumentation auszutauschen. Ob diese bereits in einem ersten Schritt vollständig interoperabel ausgestaltet werden und in allen Primärsystemen umgesetzt werden kann, muss bezweifelt werden. Hier sollte über Übergangsszenarien nachgedacht werden.

§ 123a Abs. 4 SGBV – Einrichtung von Integrierten Notfallzentren

Hier entsteht eine neue Versorgungsform, die in den bisherigen ambulanten und stationären Software-Systemen nicht abgebildet ist. Die formulierte Annahme (§133c), dass lediglich an den Schnittstellen des Krankenhaus-Notaufnahme-, des Rettungsdienstdokumentations- und des Einsatzleitsystems Anpassungen vorzunehmen sind, greift eindeutig zu kurz.

Sinnvollerweise wird etwa die ambulante akutärztliche Versorgung in dem neuen Zentrum softwaretechnisch über die klinische Software am Ort mitabgedeckt. Zudem bedarf es umfangreicher Integrationen in die Systeme weiterer beteiligter Leistungserbringer (Leitstellen, ambulante Versorgung, Versorgungsressourcen, Apotheken). All das braucht Zeit, Ressourcen – und vor allem ein planvolles, abgestimmtes Vorgehen.

So sollen drei Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes die Grundsätze für den Datenaustausch innerhalb der Notfallversorgung von Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegt werden. Dies ist eine zentrale Weichenstellung, die nicht ohne Beteiligung der Industrie gelingen kann. Diese bleibt im aktuellen Entwurf bisher allerdings gänzlich unberücksichtigt.

§ 133a SGB V – Gesundheitsleitsystem / Offene Schnittstellen und Nichtdiskriminierung

Gesetzesentwurf	Änderungsvorschlag
<p>Artikel 1 Nummer 18; § 133a (Gesundheitsleitsystem)</p>	<p>In § 133a werden nach Absatz 5 die folgenden Absätze eingefügt:</p> <p>„(6) Die an einem Gesundheitsleitsystem nach Absatz 1 Beteiligten haben offene und standardisierte Schnittstellen vorzuhalten, die eine medienbruchfreie Fallübergabe sowie die Anbindung von Systemen ermöglichen, die mit dem elektronischen System nach § 370a Absatz 1 Satz 1 funktional gleichwertig sind. Der Zugang ist diskriminierungsfrei zu gewähren; hierfür erhobene Entgelte müssen sich allein an den tatsächlich anfallenden Kosten orientieren und dürfen die Anbindung von Systemen nach Satz 1 nicht faktisch behindern.</p> <p>(7) Die Gesellschaft für Telematik hat die erforderlichen technischen Festlegungen nach § 133a Absatz 6 zu treffen. Die Festlegungen sind auf der Plattform nach § 385 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 zu veröffentlichen.</p> <p>(8) Soweit Leistungserbringer oder deren beauftragte Dritte im Rahmen des Gesundheitsleitsystems personenbezogene Daten verarbeiten, ist der Zugriff auf die elektronische Patientenakte nach § 354 über geeignete sichere Verfahren zu ermöglichen. Näheres regelt die Gesellschaft für Telematik.“</p>

Begründung

Die technische, digitale Vernetzung zwischen den Akutleitstellen und Integrierten Leitstellen muss sich auch gegenüber Drittanwendungen wie Terminbuchungs-Plattformen öffnen, um eine staatliche, proprietäre Lösung zu vermeiden. Um eine medienbruchfreie Versorgung zu gewährleisten, wird dies nicht nur auf die Öffnung zum TSS-Code Server beschränkt, sondern auch auf die digitale Fallübergabe, sodass wichtige medizinische Erstinformationen sicher und medienbruchfrei auf die von den genutzten Plattformen der Patientinnen und Patienten übermittelt werden können.

Mit dem Vermittlungscode wird die Übertragung des Ersteinschätzungsergebnisses standardisiert und sicher über Betreiber Grenzen hinweg möglich. So entsteht eine durchgängige Steuerungskette, in der Prioritäten an die Qualität der Ersteinschätzung geknüpft sind, nicht an den Kanal. Die diskriminierungsfreie Zugangsgewährung mit kostenorientierten Entgelten verhindert neue Nadelöhre und stärkt Wettbewerb und Innovation. Für Patientinnen und Patienten bedeutet das weniger Brüche, schnellere Wege und verlässlichere Information. Leistungserbringer haben einen geringeren Integrationsaufwand und langfristige Investitionssicherheit. Die Zuständigkeitszuweisung an die gematik (Gesellschaft für Telematik) ist konsistent mit der bestehenden Rollenverteilung.

§ 133b SGB V – Rahmenempfehlungen Notfallrettung

Gesetzesentwurf	Änderungsvorschlag
<p>Artikel 1 Nummer 18; § 133b Abs. 1</p> <p>(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bildet ein Gremium, das Rahmenempfehlungen für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 beschließt und ständig fortentwickelt. Die Rahmenempfehlungen sollen regionale Besonderheiten hinreichend berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsendet eine ausreichende Zahl an Vertretern. Die Länder können jeweils einen Vertreter benennen. Die Vertreter nach Satz 3 und 4 benennen mit einfacher Mehrheit gemeinsam zusätzliche Vertreter der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1 und der maßgeblichen Fachgesellschaften und Fachverbände. Das Bundesministerium für Gesundheit entsendet einen Vertreter.</p>	<p>In § 133b wird wie folgt geändert:</p> <p>(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bildet ein Gremium, das Rahmenempfehlungen für die Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 30 beschließt und ständig fortentwickelt. Die Rahmenempfehlungen sollen regionale Besonderheiten hinreichend berücksichtigen.</p> <p>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsendet eine ausreichende Zahl an Vertretern. Die Länder können jeweils einen Vertreter benennen. Die Vertreter nach Satz 3 und 4 benennen mit einfacher Mehrheit gemeinsam zusätzliche Vertreter der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer nach § 133 Absatz 1 und der maßgeblichen Fachgesellschaften und Fachverbände. Das Bundesministerium für Gesundheit entsendet einen Vertreter. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich innovativer Technologien im Gesundheitswesen entsenden jeweils einen Vertreter.</p>

Begründung

Die Digitalisierung und Vernetzung der Notfallrettung sind in hohem Maß von marktverfügbaren, sich dynamisch entwickelnden Technologien und Anwendungen abhängig. Diesem Umstand Rechnung tragend stärkt die vorgeschlagene Beteiligung maßgeblicher Bundesverbände der Gesundheits- und Digitalwirtschaft die Praxisnähe, Aktualität und Umsetzungsfähigkeit der Empfehlungen. Die kontinuierliche Einbindung technologischer Expertise in das Gremium ermöglicht es, Innovationen, offene Standards, Sicherheitserfordernisse und Schnittstellenfragen frühzeitig mitzudenken und pragmatisch zu lösen, ohne die Autonomie der beteiligten Selbstverwaltungsakteure einzuschränken.

§ 133f SGB V – Förderkonditionen der Digitalisierung

Gesetzesentwurf	Änderungsvorschlag
<p>Artikel 1 Nummer 18; § 133f Absatz 3</p> <p>(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erlässt bis zum 30.06.2027 im Benehmen mit den Ländern unter der Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 133b Absatz 3 eine Richtlinie, die nähere Vorgaben und Bestimmungen zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen enthält. Für die Rechnungslegung und die Bewirtschaftung der Fördermittel gelten die für die Sozialversicherungsträger geltenden Vorschriften entsprechend. Die zweckentsprechende Verwendung der Mittel ist gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen nachzuweisen. Sofern die Fördervoraussetzungen nachträglich nicht mehr gegeben sind oder die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden, ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen befugt, bereits ausgezahlte Mittel zurückzufordern. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals</p>	<p>§ 133f Absatz 3 wird wie folgt geändert:</p> <p>(3) Das Bundesministerium für Gesundheit erlässt bis zum 30.06.2027 im Benehmen mit den Ländern unter der Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 133b Absatz 3 eine Richtlinie, die nähere Vorgaben und Bestimmungen zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen enthält. Für die Rechnungslegung und die Bewirtschaftung der Fördermittel gelten die für die Sozialversicherungsträger geltenden Vorschriften entsprechend. Die zweckentsprechende Verwendung der Mittel ist gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit nachzuweisen. Fördermittel dürfen ausschließlich für Vorhaben verwendet werden, die</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die in § 133a Absatz 6 genannten offenen, standardisierten Schnittstellen vollständig implementieren; 2. Systemen, die mit dem elektronischen System nach § 370a Absatz 1 Satz 1 funktional gleichwertig sind, einen diskriminierungsfreien Zugang zu diesen Schnittstellen gewähren und

<p>zum [...], insbesondere über Art, Umfang und Verwendungsort der Mittel, sodass eine zweckentsprechende Mittelverwendung nachvollzogen werden kann.</p>	<p>3. technologieneutral ausgestaltet sind. Die Fördermittel sind im Wege von öffentlichen Aufträgen zu gewähren.</p> <p>Die Vorschriften des Teils 4 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen sind anzuwenden. Die Vergabe hat technologieneutral und diskriminierungsfrei zu erfolgen.</p> <p>Förderempfänger haben die einschlägige technische und nutzerbezogene Dokumentation einschließlich Schnittstellenbeschreibungen zu veröffentlichen.</p> <p>Sofern die Fördervoraussetzungen nachträglich nicht mehr gegeben sind oder die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden, ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen befugt, [...].</p>
---	---

Begründung

Auch bei der dringend benötigten Digitalisierung der Notfallrettung gilt das Gebot der sparsamen und wirtschaftlichen Verwendung öffentlicher Mittel. Der vorgeschlagene Regelungsrahmen setzt deshalb bewusst auf offene, standardisierte Schnittstellen und die diskriminierungsfreie Anbindung funktional gleichwertiger Systeme. Diese Architektur ermöglicht es, bereits heute verfügbare, markterprobte Lösungen der Privatwirtschaft ohne Medienbrüche anzuschließen, statt kostenintensive Eigenentwicklungen staatlicher oder körperschaftlicher Träger zu initiieren, die typischerweise höhere Entwicklungsrisiken, längere Laufzeiten und Folgekosten erzeugen.

Idealerweise werden die für die Investition vorgesehenen Mittel aus dem Sondervermögen gar nicht benötigt. Wo funktionsfähige Termin-, Triage- und Kommunikationssysteme am Markt vorhanden sind, die die Anforderungen an Interoperabilität, Barrierefreiheit, Sicherheit und funktionalen Gleichwertigkeit erfüllen, genügt die Anbindung über die in § 133a verankerten offenen Schnittstellen. Der volkswirtschaftliche Nutzen entsteht in diesem Fall primär durch Regulatorik und Governance anstelle der Subventionierung von Eigenentwicklungen.

Sollen gleichwohl Fördermittel eingesetzt werden – etwa zur Standardisierung, zur Schließung verbleibender Digitalisierungslücken oder zur Erreichung besonderer Qualitäts- und Verfügbarkeitsziele –, so dürfen sie ausschließlich unter den konditionierten

Voraussetzungen des Absatzes 3 gewährt werden. Diese Konditionen stellen sicher, dass Fördergelder nur in anschlussfähige, wiederverwendbare und wettbewerbsfördernde Infrastrukturen fließen, statt Insellösungen zu verstetigen und neue Silos zu schaffen.

§ 76 SGB V – Gleichstellung der Zuweisungswege in die Notaufnahme (Folgeänderung)

Gesetzesentwurf	Änderungsvorschlag
<p>Artikel 1 Nummer 7; § 76 Abs. 1a S. 1</p> <p>(1a) In den Fällen des § 75 Absatz 1a Satz 7 können Versicherte auch zugelassene Krankenhäuser in Anspruch nehmen, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen; dies gilt auch, wenn die Akutleitstelle Versicherte in den in § 75 Absatz 1c Satz 3 genannten Fällen in eine Notaufnahme vermittelt. Die Inanspruchnahme umfasst auch weitere auf den Termin folgende notwendige Behandlungen, die dazu dienen, den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen.</p>	<p>In § 76 Absatz 1a Satz 1 wird wie folgt geändert:</p> <p>(1a) In den Fällen des § 75 Absatz 1a Satz 7 können Versicherte auch zugelassene Krankenhäuser in Anspruch nehmen, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen; dies gilt auch, wenn die Akutleitstelle oder ein System, das mit dem elektronischen System nach § 370a Absatz 1 Satz 1 funktional gleichwertig ist, Versicherte in den in § 75 Absatz 1c Satz 3 genannten Fällen in eine Notaufnahme vermittelt. Die Inanspruchnahme umfasst auch weitere auf den Termin folgende notwendige Behandlungen, die dazu dienen, den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen.</p>

Begründung

Die terminologische Umstellung auf „Notaufnahme“ ist sinnvoll, sollte jedoch von einer Klarstellung zur Gleichstellung der Zuweisungswege begleitet werden. Andernfalls entsteht der Eindruck, als sei ausschließlich die Akutleitstelle normativ privilegiert, selbst wenn andere Zuweisungswege dieselben Qualitätsanforderungen erfüllen. Die vorgeschlagene Ergänzung stellt klar, dass eine Zuweisung über ein interoperables, zugelassenes Vermittlungssystem der Zuweisung durch die Akutleitstelle gleichsteht.

§ 133a SGB V – Streichung der TI-Nutzungspflicht zur Vernetzung der Leitstellen

Gesetzesentwurf	Änderungsvorschlag
<p>Artikel 1 Nummer 18; § 133a Absatz 2 Satz 7</p>	<p>§ 133a Absatz 2 Satz 7 wird ersatzlos gestrichen.</p>

<p>(2) [...] Für die Einrichtung und den Betrieb der in Absatz 1 Satz 2 genannten Vernetzung ist, sobald die hierfür erforderlichen Dienste und Komponenten flächendeckend zur Verfügung stehen, die Telematikinfrastruktur zu nutzen.</p>	<p>(2) [...] Für die Einrichtung und den Betrieb der in Absatz 1 Satz 2 genannten Vernetzung ist, sobald die hierfür erforderlichen Dienste und Komponenten flächendeckend zur Verfügung stehen, die Telematikinfrastruktur zu nutzen.</p>
--	---

Begründung

Die verpflichtende Nutzung der Telematikinfrastruktur (TI) als einzigem und exklusivem Übermittlungs- und Integrationskanal für die Vernetzung der Gesundheitsleitsysteme schafft ein infrastrukturelles Nadelöhr, das den praktischen Vernetzungsgrad in der Notfallsteuerung zeitlich nach hinten verschiebt. TI-Dienste und -Komponenten sind in vielen relevanten Einsatzbereichen noch nicht durchgängig verfügbar oder gar produktionsreif. Auch hier wird wieder Bezug genommen auf die technisch und semantisch interoperable Schnittstelle der KBV zur digitalen Fallübergabe, die für eine zügige Einführung der neuen Notfallversorgung zu spät kommen dürfte.

Eine rechtliche Exklusivbindung an die TI würde deshalb existierende, sichere und interoperable Verbindungswege blockieren, die bereits heute flächig verfügbar sind, und somit die medienbruchfreie Fallübergabe unnötig verzögern. Durch die ersatzlose Streichung der TI-Pflicht bleibt es möglich, TI-basierte Verfahren dort zu nutzen, wo sie praxistauglich zur Verfügung stehen; zugleich erlaubt die Norm aber gleichwertige, standardisierte Schnittstellenlösungen Dritter. Das beschleunigt die tatsächliche Vernetzung der Beteiligten, reduziert Implementierungsrisiken und verbessert kurzfristig die Erreichbarkeit, Prozessqualität und Patientensicherheit, ohne die Anforderungen an Informationssicherheit, Interoperabilität, Barrierefreiheit und Verfügbarkeit abzusenken.

§ 133b Abs. 3 SGB V – Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung

Die Empfehlungen betreffen in den Punkten 1., 2., 6. und 7. wichtige Aspekte der digitalen Umsetzung. Bei der Vorbereitung der Entscheidungen sollte die Industrie zwingend mit einbezogen werden, um eine zügige und effiziente Einführung nicht zu gefährden. Fraglich erscheint zudem, warum das einzusetzende Gremium in seiner Besetzung ohne Technikkompetenz eine Spezifikation nach Punkt 7 „erstellen“ soll. Zielführend wäre es, Vorschläge unter intensiver Einbeziehung der Industrie gemeinsam zu erarbeiten und dann durch das Gremium diskutieren und verabschieden zu lassen.

§ 133c SGB V – Streichung der TI-Nutzungspflicht für die digitale Notfalldokumentation

Gesetzesentwurf	Änderungsvorschlag
Artikel 1 Nummer 7; § 133c Abs. 1 S. 3 (1) [...] Sobald die hierfür erforderlichen Komponenten und Dienste flächendeckend zur Verfügung stehen, sind für die digitale Notfalldokumentation nach Satz 1 Dienste der Telematikinfrastruktur nach § 311 Absatz 6 zu nutzen.	§ 133a Absatz 1 Satz 3 wird ersatzlos gestrichen. (1) [...] Sobald die hierfür erforderlichen Komponenten und Dienste flächendeckend zur Verfügung stehen, sind für die digitale Notfalldokumentation nach Satz 1 Dienste der Telematikinfrastruktur nach § 311 Absatz 6 zu nutzen.

Begründung

Eine medienbruchfreie digitale Notfalldokumentation ist für Prozess- und Patientensicherheit zentral. Ihre Verbindlichkeit darf jedoch nicht vom flächendeckenden Vorliegen TI-spezifischer Komponenten abhängen, wenn gleichwertige, sichere und interoperable Lösungen bereits heute im Einsatz sind. Eine TI-Pflicht würde die Einführung und den wirksamen Betrieb der Notfalldokumentation in vielen Regionen auf unbestimmte Zeit verzögern und damit den beabsichtigten Nutzen – schnellere, vollständigere und medienbruchfreie Informationsverfügbarkeit – konterkarieren. Die ersatzlose Streichung verhindert dieses Nadelöhr: Sie hält das Schutzniveau aufrecht (Sicherheits-, Interoperabilitäts- und Verfügbarkeitsanforderungen gelten fort), erlaubt aber die Nutzung praxistauglicher Alternativen. TI-basierte Verfahren bleiben zulässig. Der Ansatz beschleunigt die Realisierung der Notfalldokumentation, senkt Integrationsrisiken und Kosten und ermöglicht eine schrittweise Migration zur TI, sobald deren Dienste in der Fläche eingeführt und bewährt sind.

§ 133e SGB V – Einbindung der von § 133 Absatz 1 erfassten Leistungserbringer in die Telematikinfrastruktur und deren Finanzierung

Eine Einbindung der Leistungserbringer in die TI soll nach 15 Monaten erfolgen. Dies verwundert: Die meisten der in der Notfallversorgung relevanten Daten müssen schon heute über die TI laufen. Insofern ist der Artikel zu streichen.

§ 133f SGB V – Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung

Eine Finanzierung jenseits der ohnehin angespannten Mittel im Gesundheitssystem selbst, erscheint systemgerecht und naheliegend. Fraglich ist, warum erst ab 2027 gefördert werden soll. Ziel muss es sein möglichst zügig die großen Aufgaben anzugehen. Wie eingangs

erwähnt, ist der erwartbare Investitionsumfang signifikant und muss daher in der Haushaltsplanung berücksichtigt werden.

§ 133g SGB V – Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben

Unter IT-Umsetzungsaspekten würde eine landesweite Zentralisierung der digitalen Ressourcenplanung die Umsetzung deutlich verschlanken. Aus dieser Perspektive ist es daher wünschenswert, eine Zentralisierung als Regelfall zu implementieren und ein Opt-Out für den Fall vorzusehen, dass ein Bundesland mehrere Einrichtungen betrauen will.